

従 事 年 数 証 明 書

住 所

氏 名

従事した事業所の所在地

従事した事業所の名称

従事した事業所の許可番号

従事した事業所の許可年月日

上記の者は、 年 月 日から 年 月 日までの 年 ケ月の間、
医療機器の修理に関する業務に従事したことを証明します。

年 月 日

住 所
〔法人の場合は、主たる
事務所の所在地〕

氏 名
〔法人の場合は、法人名
及び代表者氏名〕